



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**“Validación del constructo y confiabilidad de la escala
de Maslach para el tamizaje de síndrome del
trabajador quemado en médicos peruanos”**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Epidemiología

AUTOR

Alfredo Enrique OYOLA GARCÍA

ASESOR

Dra. Zaida ZAGACETA GUEVARA

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Oyola A. Validación del constructo y confiabilidad de la escala de Maslach para el tamizaje de síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2021.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	https://orcid.org/0000-0002-4560-7776
DNI o pasaporte del autor	21554593
Código ORCID del asesor	https://orcid.org/0000-0002-1978-0903
DNI o pasaporte del asesor	06095595
Grupo de investigación	“—”
Agencia financiadora	
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Perú
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2016
Disciplinas OCDE	Epidemiología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.09




Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Sección Maestría

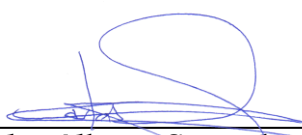



ACTA DE GRADO DE MAGISTER


En la ciudad de Lima, a los 03 días del mes de marzo del año dos mil veintiuno siendo las 10:00 am, bajo la presidencia de la Dra. Lucy Herminia López Reyes con la asistencia de los Profesores: Dra. Leda Yamilee Hurtado Roca (Miembro), Mg. Carlos Alberto Saavedra Castillo (Miembro), y la Dra. Zaida Zagaceta Guevara (Asesora); el postulante al Grado de Magíster en Epidemiología, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“VALIDACIÓN DEL CONSTRUCTO Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE MASLACH PARA EL TAMIZAJE DE SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN MÉDICOS PERUANOS”** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Epidemiología. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 18**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA** al postulante **ALFREDO ENRIQUE OYOLA GARCÍA**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo la **11:35 am**, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dra. Leda Yamilee Hurtado Roca
Profesora Invitada
Miembro


Mg. Carlos Alberto Saavedra Castillo
Profesor Principal
Miembro


Dra. Zaida Zagaceta Guevara
Profesora Principal
Asesora


Dra. Lucy Herminia López Reyes
Profesora Principal
Presidente



**Aceptación o veredicto de la tesis por los miembros del jurado
examinador**

DEDICATORIA

A mi esposa Melisa Quispe, por su
invalorable apoyo y aliento para culminar
esta tesis.

A mi madre Bertha García, por su apoyo
indesmayable durante el desarrollo de esta
etapa académica

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Zaida Zagaceta, por las invalorable contribuciones metodológicas realizadas al presente estudio.

ÍNDICE GENERAL

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación problemática.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación metodológica	4
1.4. Justificación teórica.....	4
1.5. Justificación práctica.....	5
1.6. Objetivos.....	5
1.6.1. <i>Objetivo general</i>	5
1.6.2. <i>Objetivos específicos</i>	5
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	6
2.2. Antecedentes de investigación	7
2.2.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	7
2.2.2. <i>Antecedentes nacionales</i>	8
2.3. Bases teóricas	9
2.3.1. <i>Definición del síndrome del trabajador quemado</i>	11
2.3.2. <i>Dimensiones del síndrome del trabajador quemado</i>	11
2.3.3. <i>Factores relacionados al síndrome del trabajador quemado....</i>	12
2.3.4. <i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>	15
2.4. Definición de términos	17
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	18
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	18
3.1.1. <i>Tipo de investigación:</i>	18
3.1.2. <i>Diseño de investigación</i>	18

3.2. Unidad de análisis	19
3.3. Población de estudio.....	19
3.4. Tamaño de muestra.....	19
3.5. Selección de la muestra.....	20
3.5.1. <i>Marco muestral</i>	20
3.5.2. <i>Unidades de muestreo</i>	21
3.5.3. <i>Muestreo</i>	22
3.5.4. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	23
3.6. Técnicas de recolección de datos.....	24
3.6.1. <i>Características de la encuesta</i>	24
3.6.2. <i>Cobertura geográfica</i>	25
3.6.3. <i>Cobertura temporal</i>	25
3.7. Análisis e interpretación de la información.....	26
3.7.1. <i>Validación del número óptimo de enunciados y ajuste a la estructura hipotética</i>	26
3.7.2. <i>Evaluación de la confiabilidad</i>	28
3.7.3. <i>Evaluación de la validez</i>	28
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
4.1. Presentación de resultados	30
4.2. Discusión	37
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXO 1	49

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Pruebas Kaiser- Meyer- Olkin y Esfericidad de Bartlett	31
Cuadro 2: Comunalidades	32
Cuadro 3: Varianza total explicada por el MBI-HSS en el análisis factorial exploratorio	33
Cuadro 4: Matriz de patrón del MBI-HSS	34
Cuadro 5: Estadísticos para la escala total si el elemento se ha suprimido	35
Cuadro 6: Análisis de confiabilidad de la escala MBI-HSS según dimensiones	36
Cuadro 7: Matriz de correlaciones entre las dimensiones de la escala	37
Cuadro 8: Matriz de correlaciones entre los resultados de la escala y variables proxy	38

RESUMEN

Objetivo: Determinar la validez de constructo y confiabilidad del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos que participaron en la ENSUSALUD 2016.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal e instrumental del MBI-HSS basado en el análisis secundario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud 2016, que incluyó una muestra de 2216 médicos provenientes de 184 establecimientos de salud. La confiabilidad fue evaluada con el coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de constructo con el coeficiente de correlación Rho de Pearson.

Resultados: El valor del coeficiente Alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,908 (IC 95%: 0,902 – 0,913). Se observaron correlaciones positivas moderadas pero significativas entre los resultados de la escala y el poco interés o placer en hacer las cosas ($Rho=0,399$; $p=0,000$); así como con la percepción de estar desanimado/a, triste, deprimido/a o sin esperanza ($Rho=0,322$; $p=0,000$) en las últimas semanas.

Conclusión: La estructura factorial del MBI-HSS sigue el modelo original de Maslach con propiedades psicométricas satisfactorias, por lo que es una medida válida y confiable para tamizar el síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos.

Palabras clave: Burnout – trabajador quemado – validez – confiabilidad - Maslach

ABSTRACT

Objective: To determine the construct validity and reliability of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) for the screening of burnout worker syndrome in Peruvian physicians who participated in the NSSHU 2016.

Methodology: An observational, cross-sectional and instrumental study of the MBI-HSS was conducted based on a secondary analysis from the National Survey of Satisfaction of Health Users 2016, which includes a sample of 2216 physicians from 184 health facilities. Reliability was measured with Cronbach's alpha coefficient and construct validity through Pearson's Rho correlation coefficient.

Results: The value of Cronbach's alpha coefficient for the total scale was 0.908 (95% CI: 0.902 - 0.913). Moderate but significant positive correlations were observed between the results of the scale and little interest or pleasure in doing things ($Rho = 0.399$; $p = 0.000$); as well as with the perception of being discouraged, sad, depressed or hopeless ($Rho = 0.322$; $p = 0.000$) in the last weeks.

Conclusion: The factorial structure of the MBI-HSS follows the original Maslach model with satisfactory psychometric properties, making it a valid and reliable measure to screen the burnout syndrome in Peruvian physicians.

Keywords: Burnout - burnt worker - validity - reliability – Maslach

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

En los últimos años, diferentes instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Internacional del Trabajo (OIT), destacaron la necesidad de establecer nuevos enfoques para prevenir los riesgos profesionales, además de hacer frente a los riesgos psicosociales “emergentes” que provocan consecuencias físicas (cefalea, mialgia, fatiga, etc.) y psicológicas (frustración, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, etc.) que afectan al trabajador, además de aquellas que impactan en la organización laboral (ausentismo, accidentes, baja calidad de servicio, etc.) (Comisión Ejecutiva Confederal de Unión General de Trabajadores, 2006).

Dado que el deterioro de las condiciones de trabajo afectará la salud mental de los trabajadores y conducirá al síndrome del trabajador quemado, muchas lesiones ocupacionales pueden estar relacionadas con una carga de trabajo excesiva, la misma que está relacionada con el estrés laboral (Guzmán y Guzmán, 2010) y a una impresionante lista de consecuencias negativas: menor satisfacción del paciente y calidad de la atención, mayores tasas de error médico y riesgo de negligencia, mayor rotación de médicos y personal, consumo y adicción al alcohol y las drogas en médicos, así como suicidio en este grupo profesional (Drummond 2015). Sin embargo, a pesar de su importancia, existe dificultad para diagnosticar este síndrome por la falta de una definición aceptada universalmente. Esto ocurre debido a la complejidad de proceso y la similitud con el concepto de estrés laboral, lo que ha llevado a un continuo cuestionamiento del constructo (Aguilar y Gutiérrez, 2007).

La mayoría de investigaciones la definen como una respuesta al estrés laboral crónico (Gutiérrez, 2006) que afecta especialmente a los profesionales

y se caracteriza por la desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral (Sandoval, 2006).

El tamizaje de este síndrome tiene variados instrumentos para la detección del síndrome, entre ellos: el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones (1980), el Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey (MBI-HSS) de Maslach y Jackson (1981), el instrumento realizado por Barraza et al. (2008) y la Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil (EUBE) de Barraza (2011).

El MBI-HSS valora tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach y Jackson, 1981). Desde su aparición, ha sido uno de los más usados (Gil-Monte et al., 2017; Chee, 2016).

Desde el 2014, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú han ejecutado la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, para explorar la percepción de los usuarios sobre el sistema de salud del Perú, así como algunas características y reacciones psicológicas de médicos y enfermeros en el ámbito laboral (SUSALUD, 2016). Una de estas está referida al síndrome del trabajador quemado, cuyo tamizaje se realiza a través del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS); sin embargo, a pesar que la validación de su constructo y confiabilidad se ha realizado en diferentes países y grupos laborales de habla hispana (Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016; Kulakova et al., 2017; Aranda et al., 2019), no existen estudios que hayan analizado aspectos sobre su validez y confiabilidad en médicos peruanos (Merino-Soto y Calderón-De la Cruz, 2018).

Teniendo en cuenta esta situación, proponemos esta investigación con el objetivo de determinar la validez del constructo y la confiabilidad del MBI-HSS para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos, que laboran en diferentes instituciones prestadoras de servicios y en diferentes niveles de complejidad.

1.1. Situación problemática

El síndrome del trabajador quemado podría ser causado por una carga de trabajo excesiva, la falta de tecnología y medio, así como por la sobredemanda de los servicios de salud. (Gomero et al., 2005); pero también ha sido asociada a la percepción del deterioro en las relaciones personales y familiares como consecuencia de las condiciones laborales y la falta de apoyo en la profesión (Grau, 2008).

La evaluación de la magnitud de este problema aún adolece de una definición consensuada de “caso”, por lo que las variaciones metodológicas que se utilizan para su medición no permiten la adecuada comparación de las prevalencias observadas de este problema. A pesar de ello, el instrumento más usado es el MBI-HSS (Esteva, 2006; Grau, 2009).

Basados en ese instrumento, las cifras de este síndrome van desde 31% hasta 42,2% en profesionales de la salud (Grau, 2008; Corredor y Monroy, 2009). En España, 10% a 20% del personal de salud ha sido afectado por este síndrome (Gomero et al., 2005). En Colombia, existen estudios que reportan la afectación de 17,5% a 28,1% de la población trabajadora de salud (Illera, 2006). Sin embargo, en una investigación en recursos humanos de salud de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España se observó que 36,3% tenía el síndrome del trabajador quemado (Grau, 2008). Otras investigaciones realizadas en Perú establecer una prevalencia que oscila entre 3,85% y 44% dependiendo de las características muestrales (Guzmán y Guzmán, 2010). La prevalencia en médicos que laboran en el primer nivel de atención oscila entre 12% y 41,6% (Matía et al., 2006; Dickinson et al., 2007; Castañeda y García, 2010). Esta elevada variabilidad en las prevalencias podría estar influenciada por los diferentes puntos de corte utilizados en los estudios

realizados (Vásquez-Manrique et al., 2014, Maticorena-Quevedo et al., 2016).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la validez de constructo y confiabilidad del MBI-HSS utilizado para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos en médicos peruanos que participaron en la ENSUSALUD 2016?

1.3. Justificación metodológica

El tamizaje del síndrome del trabajador quemado considera la evaluación de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En ese sentido, la determinación de la validez de constructo y la confiabilidad de este instrumento en médicos peruanos, permitirá su uso en investigaciones realizadas en el país, así como en poblaciones similares de habla hispana.

1.4. Justificación teórica

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre el MBI-HSS como instrumento idóneo para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en los médicos peruanos y cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta para ser incorporada como conocimiento a las ciencias de la salud, debido a que se utilizaría en sucesivos estudios que hagan uso de este instrumento.

1.5. Justificación práctica

Esta investigación se realiza porque existe la necesidad de mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, la misma que está influenciada –en parte- por el desempeño de los recursos humanos de salud, entre ellos el médico, y mediado por su salud mental. Así, el tamizaje de este síndrome a través de un instrumento válido y confiable, contribuirá al diagnóstico precoz y el inicio de intervenciones oportunas que, finalmente, contribuirán en la mejora de la calidad de atención de los servicios de salud.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar la validez de constructo y confiabilidad del MBI-HSS para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos en médicos peruanos que participaron en la ENSUSALUD 2016.

1.6.2. Objetivos específicos

- a) Determinar la validez de constructo del MBI-HSS para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos.
- b) Determinar la confiabilidad del MBI-HSS para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

El síndrome del trabajador quemado tiene consecuencias negativas directas sobre la calidad de atención del paciente y la calidad de vida del profesional de salud (Drummond 2015) por lo que la identificación de los profesionales en riesgo se convierte en una prioridad. Sin embargo, a pesar que el MBI-HSS es el instrumento más utilizado internacionalmente (Gil-Monte et al., 2017; Chee, 2016), no existen estudios de validación y confiabilidad en médicos peruanos (Merino-Soto y Calderón-De la Cruz, 2018). Por estas razones, el presente estudio utilizó un diseño que permitiera aspectos relacionados con su validez de constructo y confiabilidad.

La evaluación de una escala se realiza desde el momento en que se diseña de la misma. En ese sentido, este estudio se limita a medir la confiabilidad y la validez de constructo de la escala de Maslach aplicada a los médicos peruanos. Sin embargo, se realizó el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio para validar el óptimo número de los enunciados y si estos se ajustaban a la estructura hipotética planteada, pero en idioma español (Boateng et al., 2018).

La confiabilidad puede estimarse a través de la evaluación de la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. En ese sentido, se ha medido la consistencia interna -es decir, si los enunciados del instrumento son homogéneos utilizando la prueba del alfa de Cronbach (Carvajal et al., 2011).

La validez –o grado en que el instrumento mide aquello para lo que ha sido diseñado- puede estimarse mediante la validez de contenido, la validez de criterios y la validez de constructo (Carvajal et al., 2011). La validez de contenido se realiza durante la fase de desarrollo de los enunciados y de la construcción de la escala (Boateng et al., 2018), por lo que en el presente estudio se realizó la validación del constructo, debido a que la validez de contenido se ha realizado en su formato original de habla inglesa.

2.2. Antecedentes de investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales

Hederich-Martínez C y Caballero-Domínguez CC (2016), en una muestra de 820 estudiantes de carreras del área de la salud en universidades de la costa del caribe colombiano observó un buen ajuste del MBI-HSS. Los resultados mostraron mayores niveles de agotamiento, menores niveles de cinismo y similares niveles de autoeficacia.

Matejić B et al. (2015), realizaron un estudio de validación de la versión serbia traducida y adaptada culturalmente de la Encuesta de Servicios Humanos de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) en una muestra de anestesiólogos que trabajan en el tercer nivel de atención. Los resultados mostraron fiabilidad ($\alpha = 0,72$ de Cronbach). Los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 1983,75$, $df = 231$; $p < 0,001$) y la medida de la adecuación del muestreo de Kaiser-

Meyer-Olkin (0,866) proporcionaron una sólida justificación para el análisis factorial. El modelo de análisis factorial exploratorio reveló cinco factores, con valores propios mayores que 1,0, que explicaron el 62,0% de la varianza acumulada. Además, la prueba MAP de Velicer admitió el modelo de cinco factores con la correlación al cuadrado promedio más pequeña de 0,184. Así, este estudio demostró que la versión serbia del MBI-HSS es un instrumento confiable y válido para medir el agotamiento en una población de anestesiólogos.

Williamson K et al. (2018), exploraron las correlaciones entre el MBI y otros instrumentos de bienestar mediante una encuesta multicéntrica de nueve residencias de medicina de emergencia, administrando el MBI y otros cuatro instrumentos de bienestar publicados. De 334 residentes, 261 (78%) respondieron. Los residentes que reportaron una menor calidad de vida tuvieron mayor agotamiento emocional ($p=-0,437$; $p<0,0001$), mayor despersonalización ($p=-0,18$; $p<0,005$) y menor logro personal ($p=0,347$; $p<0,001$). Los residentes que informaron un balance trabajo-vida negativo tuvieron agotamiento emocional ($p<0,001$) y despersonalización ($p<0,009$). La satisfacción profesional positiva se asoció con menor agotamiento emocional ($p<0,0001$), menor despersonalización ($p<0,005$) y mayor logro personal ($p<0,05$). Una prueba de depresión positiva se asoció con un mayor agotamiento emocional, una mayor despersonalización y un menor logro personal ($p<0,0001$).

2.2.2. Antecedentes nacionales

Como se ha mencionado, no existen estudios realizados en médicos peruanos que determinan su validez y confiabilidad en este grupo profesional. Sin embargo, existen algunos estudios en otros segmentos laborales.

Tello M (2018), determinó las propiedades psicométricas del MBI-HSS en 564 trabajadores de una empresa dedicada a la dotación de recursos humanos en Pueblo Libre. El análisis de confiabilidad a través del coeficiente de Omega confirmó que es confiable (0,635 a 0,919). Todos los ítems de la escala tuvieron puntajes superiores a 0,20 en el índice de homogeneidad, excepto el ítem 19. El análisis factorial exploratorio halló cargas factoriales adecuadas ($>0,40$) confirmando la validez de constructo del instrumento.

Manzanares E et al. (2016), evaluó la estructura interna del MBI (una medida conocida de burnout) en 63 religiosos (33 mujeres) con una edad promedio de 26,83 años. Se observó que la estructura interna era aceptable similar a lo reportado en otros estudios. El sexo generó mayor variabilidad que las demás variables demográficas, mientras que los puntajes promedio fueron similares a los de docentes de nivel primario reportados en otros estudios peruanos.

2.3. Bases teóricas

El entorno laboral puede propiciar elevados niveles de estrés en el trabajador, según su idiosincrasia, con mayor impacto cuando fracasan las estrategias de afrontamiento o existe desequilibrio entre las demandas y las capacidades que tiene para hacerles frente (Parada, 2005; Quiceno y Vinaccia, 2007; Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016), es decir, entre los esfuerzos que ha realizado y los logros que ha conseguido (Aguilar y Gutiérrez, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2007).

Cuando no se resuelven estas limitaciones, puede conducir a estrés laboral crónico con manifestaciones interpersonales y emocionales como resultado de la exposición prolongada a eventos estresantes (Parada, 2005; Quiceno y Vinaccia, 2007; Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016).

El estrés laboral crónico es uno de los principales generadores de riesgos psicosociales en los entornos laborales (Quiceno y Vinaccia, 2007), pero su presencia es mayor en los profesionales que están en contacto con los clientes o usuarios (Parada, 2005; Quiceno y Vinaccia, 2007; Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016), especialmente en instituciones dedicadas a la prestación de servicios (Quiceno y Vinaccia, 2007) y donde los trabajadores tienen contacto directo con clientes problemáticos (Aguilar y Gutiérrez, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2007) que requieren alta entrega e implicación directa (Gomero et al., 2005; Guzmán y Guzmán, 2010) y requieren una relación de interdependencia mutua (Gomero et al., 2005). En este grupo se encuentran los médicos, enfermeros, asistentes sociales, docentes, policías, psicólogos, entre otros profesionales que brindan atención personalizada (Gomero et al., 2005; Guzmán y Guzmán, 2010).

La sobrecarga de trabajo puede condicionar la presencia del síndrome del trabajador quemado, pero no es la única causa; un trabajo desmotivador también puede desencadenar este síndrome. En ese sentido, el síndrome no estaría asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva como resultado de haber dejado atrás los intereses que antes fueron importantes para el trabajador (Moriana et al., 2007; Hernández et al., 2008). En otras palabras, el estrés está relacionado con muchas situaciones que ocurren en la vida y este síndrome es sólo una de las formas de expresión del estrés laboral (Moriana et al., 2007).

En 1974, el psiquiatra Hebert Freudenberger describió por primera vez este síndrome y lo denominó “burnout”, conceptualizándolo como sensación de fracaso y existencia agotada o gastada a consecuencia de la sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador (Aguilar y Gutiérrez, 2007; Gomero et al., 2005).

La palabra “burnout” es un término de origen anglosajón cuyo significado es estar agotado en extremo, exhausto, quemado, desgastado, exhausto y sin ánimo por la actividad laboral (Aranda, 2006). Igualmente, al síndrome del trabajador quemado también se le han dado varias denominaciones; algunas de ellas son: “quemazón profesional”, “síndrome de estrés asistencial”, “síndrome del estrés laboral asistencial”, “quemarse por el trabajo”, “síndrome del desgaste profesional” y “desgaste psíquico”, entre otras (Gil-Monte, 2005).

Este síndrome se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo, además de irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (Aguilar y Gutiérrez, 2007; Quiceno y Vinaccia, 2007).

2.3.1. Definición del síndrome del trabajador quemado

La definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986: *"un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas"* (Gomero et al., 2005; Borritz et al., 2006; Pando et al., 2015). En otras palabras, incluye la pérdida de recursos emocionales para afrontar las demandas del trabajo, la aparición de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, así como pocos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional (Escribà-Agüir V et al., 2008).

2.3.2. Dimensiones del síndrome del trabajador quemado

a) Agotamiento emocional. En el profesional de salud, los sentimientos de agotamiento emocional y cansancio se van

incrementando ante la presencia de una situación estresante, hasta el grado de no ser capaz o no querer atender más pacientes. Adicionalmente, surgen sentimientos de incapacidad para ofrecer algo al usuario, a los compañeros de trabajo, a su familia o a sí mismo. Esta situación puede generar insatisfacción con los logros profesionales y una fuerte predisposición a los sentimientos de fracaso profesional y baja autoestima (Hernández et al., 2008).

- b) Despersonalización.** Las actitudes pesimistas y los sentimientos negativos surgen con un déficit gradual de sentimientos y emociones por el paciente o por sus dolencias. Esta situación podría llevar a una atención deshumanizada, fría, sin contacto visual y sin relación interpersonal con él; es decir, hacia una actitud de cinismo (Hernández et al., 2008).
- c) Baja realización personal.** La frustración en el paciente y el profesional de salud surge cuando el médico no obtiene resultados satisfactorios o suficientes según las expectativas del paciente. De esta forma, el profesional -que siempre trabaja bajo estas circunstancias- va acumulando esta frustración que se transforma en pesimismo y escepticismo sobre su ejercicio profesional con el transcurrir del tiempo. Ocurre una lenta pérdida de motivación que puede terminar con sentimientos de fracaso profesional y cuestionamiento sobre sus capacidades profesionales (Hernández et al., 2008).

2.3.3. Factores relacionados al síndrome del trabajador quemado

Diferentes factores ambientales, culturales y personales han sido implicados en la aparición del síndrome del trabajador quemado intervienen (Grau et al., 2005; Sandoval et al., 2006).

Las características sociales y económicas que rodean al profesional sanitario influyen en el origen de este síndrome. Los países

con menos desarrollo económico y acceso a la salud, así como mayor tasa de mortalidad infantil y menor esperanza de vida, presentan bajas prevalencias de este síndrome y mayor sensibilización de los derechos laborales. Los grupos poblacionales que tienen menos salud y bajos índices de protección social por lo general tienen menos expectativas y menor demanda de atención sanitaria (Grau et al., 2009).

Aunque siempre se ha creído que los profesionales que trabajan en el sector público, en comparación con aquellos que pertenecen al sector privado, tienen una mayor carga de trabajo y tienen más probabilidades de padecer el síndrome, los estudios han demostrado todo lo contrario. (Hernández et al., 2008).

Existen otros factores que podrían estar asociados, tal es el caso del entorno psicosocial que ocurren en el centro laboral (sobrecarga de trabajo, pacientes complicados, poco tiempo por paciente, bajos salarios, falta o escasez de materiales, mala calidad de las relaciones interpersonales, insatisfacción laboral, etc.) y los factores personales (carácter, estrategias de afrontamiento, etc.) (Sandoval et al., 2006; Escribà et al., 2006; Escribà-Agüir et al., 2008; Aguilar y Gutiérrez, 2007; Hernández et al., 2008). Las demandas judiciales también juegan un papel muy importante en la salud mental del médico y podrían ocasionar agotamiento emocional, despersonalización y cinismo (Hernández et al., 2008).

Otro hecho importante es que los médicos que trabajan en más de un establecimiento de salud privado, especialmente en clínicas, tienen mayor riesgo de sufrir este síndrome, afectando más a los que trabajan en una clínica y, además, en algún hospital público (Hernández et al., 2008).

Aunque la edad parece no influir en la aparición del síndrome, en los primeros años de la carrera profesional puede existir un periodo de sensibilización. En este período el profesional sería especialmente

vulnerable como resultado de la transición de las expectativas idealistas a la práctica diaria (Borritz et al., 2006).

En cuanto a la experiencia laboral, los investigadores coinciden en que hay dos periodos que se correlacionan positivamente con el síndrome del trabajador quemado: los dos primeros años de carrera y a partir del undécimo año de ejercicio profesional (Apiquian, 2007).

Las mujeres podrían ser el grupo más vulnerable, quizás debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y el trabajo doméstico que realizan en el hogar –incluye las responsabilidades maternas– así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de la mujer (Aguilar y Gutiérrez, 2007; Hernández et al., 2008; Guzmán y Guzmán, 2010). Otras investigaciones, por el contrario, han hallado mayor riesgo en el sexo masculino, posiblemente, como consecuencia de una escasa resistencia al estrés en comparación con su contraparte femenina (Grau et al., 2009). Un análisis más profundo indicaría que la diferencia con relación al sexo se halla en el grado de afectación según dimensiones, así los varones tendrían mayor riesgo de despersonalización mientras que las mujeres tendría mayor probabilidad de agotamiento emocional (Borritz et al., 2006; Escribà-Agüir et al., 2008).

La relación observada, en algunos estudios, con la ingesta de psicofármacos podría indicar que el síndrome se asocia con la ansiedad y la depresión, que también está relacionada con el síndrome del trabajador quemado (Haro et al., 2006).

Otros factores individuales que han sido asociados a este problema incluyen sentimiento de irresponsabilidad e ineficacia, baja autoestima, incapacidad para manifestar problemas personales, inadecuadas habilidades sociales, entre otros (Guzmán y Guzmán, 2010).

2.3.4. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

Esta escala elaborada por Maslach y Jackson (1981) está constituida por 22 ítems que miden las tres dimensiones del síndrome:

- **Subescala de agotamiento emocional.** Algunos autores también denominan esta dimensión como cansancio emocional. Representa el estrés individual básico del síndrome que incluye: sentimientos de sobre-exigencia o sobrecarga laboral así como falta de recursos emocionales y físicos que generan un conflicto personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981). Consta de nueve enunciados que valoran la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo:
 - Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
 - Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
 - Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
 - Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
 - Siento que mi trabajo me está desgastando.
 - Me siento frustrado por el trabajo.
 - Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
 - Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
 - Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
- **Subescala de despersonalización.** Esta dimensión también es conocida como cinismo y representa la respuesta negativa, insensible o excesivamente indiferente a todos los aspectos del trabajo (Maslach y Jackson, 1981). Está formada por cinco enunciados que valoran el grado en que cada evaluado reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento:
 - Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

- Siento que me he hecho más duro con la gente.
 - Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
 - Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
 - Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
-
- **Subescala de baja realización personal.** También ha sido denominada como ineficacia (Maslach y Jackson, 1981) y representa los sentimientos de incapacidad laboral, falta de sentido de logro y productividad en el trabajo, agravada por la falta de recursos laborales, apoyo social y oportunidades de desarrollo profesional. Se compone de ocho enunciados. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.
 - Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
 - Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
 - Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.
 - Me siento muy enérgico en mi trabajo.
 - Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
 - Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
 - Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
 - Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

2.4. Definición de términos

- **Síndrome del trabajador quemado.** Presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo.
- **Grupo ocupacional.** Nivel que permite la organización de profesionales de medicina en función de su formación y actividades en sus instituciones de trabajo.
- **Antigüedad laboral.** Tiempo transcurrido desde el ingreso al centro laboral.
- **Vínculo laboral.** Relación de contraprestación de servicios entre la institución y el profesional médico.
- **Validez de constructo.** Define si la prueba refleja realmente el significado teórico de la variable evaluada.
- **Confiabilidad.** Ausencia de errores de medida. Grado de consistencia y estabilidad de las puntuaciones obtenidas a lo largo de sucesivos procesos de medición con un mismo instrumento.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. *Tipo de investigación:*

- **Observacional.** El investigador durante la ejecución del proyecto es observador de las variables de estudio evitando la manipulación de alguna de ellas.
- **Transversal.** Los datos se obtienen en un solo momento, no se realiza seguimiento.

3.1.2. *Diseño de investigación*

- **Instrumental.** El estudio se enfoca en el análisis de validez de constructo y confiabilidad de la aplicación de la escala MBI-HSS.
- **Análisis secundario.** El estudio utilizará los datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, de acuerdo a la ficha técnica utilizada para el estudio (INEI, 2015). ENSUSALUD 2016 se realizó en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), Gobiernos

Regionales, Seguro Social de Salud (EsSalud), servicios de salud de las Fuerzas Armadas y centros de salud particulares, de categoría I-4 y de mayor complejidad ubicados en zonas rurales y urbanas del país. Uno de sus objetivos era conocer el nivel de percepción y satisfacción de los profesionales médicos respecto a su centro laboral, por lo que entre sus instrumentos incluyeron el MBI-HSS (SUSALUD, 2016).

3.2. Unidad de análisis

Médico cirujano que labora en los establecimientos de salud del Perú.

3.3. Población de estudio

La población está definida por los médicos que trabajan en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), Gobiernos Regionales (GR), Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como privados (INEI, 2015).

3.4. Tamaño de muestra

En la ENSUSALUD 2016, el INEI utilizó la prevalencia de insatisfacción de usuarios externos de los establecimientos de salud como el valor índice para calcular la muestra global. Según la ENSUSALUD 2014, esta fue 30%. El nivel de confianza asumido fue 95%, el margen de error aceptado estuvo entre 3 y 7,5 %. Con estos valores se calculó la muestra con la siguiente fórmula (INEI, 2015):

$$n = [Z^2 p q N] / [d^2 (N-1) + Z^2 p q] * def * tnr$$

- **n:** Muestra necesaria de usuarios externos.
- **Z:** Valor de la abscisa de la distribución normal bajo un nivel de confianza prefijado = 1,96 (con un 95 % de confianza).
- **p:** Proporción de usuarios externos de los establecimientos de salud que no se encuentran satisfechos con el servicio recibido en los establecimientos de salud público (30,0%).
- **q:** porcentaje de usuarios externos de los establecimientos de salud que se encuentran satisfechos con el servicio recibido en los establecimientos de salud público, entonces $q = 1 - p$
- **N:** Total de usuarios externos por establecimiento de salud (en base al marco proporcionado por SUSALUD).
- **d:** Margen de error aceptado en la estimación de p.
- **def:** Efecto de diseño al usar muestreo con más de una etapa de selección = 1,2 (En base a resultados de la ENDES 2000).
- **tnr:** Coeficiente de ajuste al tamaño muestral debido a la no respuesta.

Luego del cálculo de la muestra, se incluyó a 2216 médicos provenientes de 184 establecimientos de salud del país (SUSALUD, 2016).

3.5. Selección de la muestra

3.5.1. Marco muestral

En la ENSUSALD (2016), el marco muestral estuvo constituido por los establecimientos de salud I-4 que forman parte del primer nivel de atención, los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (INEI, 2015).

Tabla 1:
ESTABLECIMIENTOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

CATEGORÍA	MINSA-GR	ESSALUD	FFAA/FFPP	CLÍNICAS
I-4	Centros de salud con Internamiento	Policlínicos	Policlínicos	Centros médicos
II-1	Hospital I	Hospital I	Clínica – Hospital zonal	Clínicas
II-2	Hospital II	Hospital II	Hospital Regional	Clínicas
III-1	Hospital III	Hospital III y IV	Hospital Nacional, Hospital Central FAP Hospital Naval – Buque Hospital	Clínicas con Internamiento
III-2	Hospitales o clínicas	Instituto		Instituto
III-E	III-E Hospitales o clínicas en atención general			
	III-1 Hospitales o clínicas especializadas			
	III-2 Instituto de salud Especializado			

FUENTE: INEI, 2015.

3.5.2. Unidades de muestreo

En la ENSUSALUD 2016 (SUSALUD, 2016), se utilizaron dos unidades muestrales:

- **Unidad Primaria de Muestreo (UPM):** Conformada por los establecimientos de salud del MINSA-GR, EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y clínicas privadas. La selección de las UPM se realizó en forma aleatoria teniendo en consideración las categorías de los establecimientos de salud.
- **Unidad Secundaria de Muestreo (USM):** Conformada por los médicos elegibles que laboraban en los establecimientos de salud.

3.5.3. Muestreo

El muestreo utilizado en la ENSUSALUD 2016 fue probabilístico, bietápico, estratificado e independiente en cada departamento.

Probabilístico, debido a que la selección de participantes se realizó mediante métodos al azar que permite efectuar inferencias a la población en base a la teoría de probabilidades (SUSALUD, 2016).

Bietápico, porque la selección de la muestra se realizó en dos etapas. En la primera etapa de muestreo se utilizó la selección sistemática con probabilidad proporcional al número de atenciones. De esta forma, se seleccionaron 184 establecimientos de salud distribuidos de la siguiente forma (SUSALUD, 2016):

Tabla 2:
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SELECCIONADOS
SEGÚN SUBSECTOR.

Subsector	MINSA-GR	ESSALUD	FFAA/FFFPP	CLÍNICAS
Seleccionadas	97	55	9	23

La segunda etapa de la selección fue aleatoria y se realizó en cada establecimiento de salud de la siguiente forma (INEI, 2015):

- Establecimientos de salud con categoría I-4, III-E:
 - En aquellos que tenían solamente un turno, toda la muestra se programó en ese turno.
 - En aquellos que tenían dos turnos, 85% de la muestra se obtuvo en el primer turno (mañana) y el 15% en el segundo turno (tarde).

- Establecimientos de salud con categoría II-1 y II-2:
 - En aquellos que tenían solamente un turno, toda la muestra se programó en ese turno.
 - En aquellos que tenían dos turnos, 65% de la muestra se obtuvo en el primer turno (mañana) y el 35% en el segundo turno (tarde).

- Establecimientos de salud con categoría III-1 y III-2: Los establecimientos de esta categoría trabajan en uno, dos y/o tres turnos durante el día:
 - En aquellos que tenían solamente un turno, toda la muestra se programó en ese turno.
 - En aquellos que tenían dos turnos, 60% de la muestra se obtuvo en el primer turno (mañana) y el 40% en el segundo turno (tarde).
 - En aquellos que tenían tres turnos, 40% de la muestra se seleccionó en el primer turno (mañana), 40% en el segundo turno (tarde) y 20% en el tercer turno (noche).

3.5.4. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron a todos los médicos asistentes y residentes que laboraban en los establecimientos de salud seleccionados y entrevistados en la ENSUSALUD 2016. Se excluyeron a aquellos registros con datos incompletos referidos a las variables de estudio.

La muestra estuvo conformada por 2216 médicos, de los cuales 1673 (75,5%) eran varones; 1867 (84,3%) eran asistentes, 349 (15,7%) residentes; 1015 (45,8%) laboraban en el Ministerio de Salud o Gobierno Regional, 1029 (46,4%) pertenecían a ESSALUD mientras que 169 (6,3%) pertenecían a clínicas y 33 (1,5%) a la sanidad de las FFAA y PNP.

3.6. Técnicas de recolección de datos

3.6.1. Características de la encuesta

- **Tipo de encuesta:** ENSUSALUD 2016 es un estudio especializado realizado en usuarios internos y externos de instituciones de salud que recopiló información sobre la percepción y satisfacción relacionada a la consulta externa, de seguros de salud, de boticas y farmacias, de emergencia, así como del personal directivo. Uno de los cuestionarios evaluó el estrés laboral en profesionales médicos y enfermeros utilizando el MBI-HSS (INEI, 2015).

El MBI-HSS (Anexo 1) fue validado por Maslach y Jackson en 1986. Es un cuestionario de 22 ítems que mide el síndrome del trabajador quemado. Estos son valorados mediante escala de Likert (1 a 7 puntos) con 7 opciones de respuesta (nunca - pocas veces al año o menos - una vez al mes o menos - unas pocas veces al mes - una vez a la semana - varias veces a la semana - todos los días). El puntaje máximo es 154 y el mínimo 7 (Maslach y Jackson, 1981).

La escala está dividida en subescalas o dimensiones que contienen situaciones que denotan: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. La sub escala de agotamiento emocional está compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que describen vivencias de estar agotado emocionalmente debido a las demandas del trabajo y su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La sub escala de despersonalización está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que proponen actitudes de frialdad y distanciamiento y su puntuación es directamente proporcional al grado del síndrome del trabajador quemado. La sub escala de baja realización personal en el trabajo está compuesta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) relacionados con los sentimientos de autoeficacia y realización

personal en el trabajo y su puntuación es inversamente proporcional al grado del síndrome (Maslach y Jackson, 1981).

No hay un acuerdo general entre los autores sobre el punto de corte; pero en la mayoría de estudios el puntaje total en tres tercios. El tercio superior corresponde al diagnóstico del síndrome del trabajador quemado (103 puntos), el tercio medio representa la tendencia al síndrome y el tercio inferior agrupa a aquellos que no tienen riesgo de padecer el síndrome (Maslach y Jackson, 1981).

- **Método de recolección de datos:** Se empleó el método de entrevista directa con personal debidamente capacitado para tal fin (INEI, 2015).
- **Personal de campo:** ENSUSALUD 2016 contó con evaluadores/as técnicos/as, supervisores/as locales, coordinadores/as departamentales y supervisores/as nacionales, principalmente relacionados con el sector salud (INEI, 2015).

3.6.2. Cobertura geográfica

La ENSUSALUD 2016 se ejecutó en los 24 departamentos del país incluyendo la Provincia Constitucional del Callao (INEI, 2015).

3.6.3. Cobertura temporal

Todas las actividades de campo de la ENSUSALUD 2016 se desarrollaron del 13 de mayo 2016 al 9 de julio 2016 (SUSALUD, 2016).

3.7. Análisis e interpretación de la información

Según la ficha técnica, el encuestador verificó el llenado del documento al término de la encuesta. También se realizó un control de calidad antes de la digitación para identificar posibles errores o vacíos (SUSALUD, 2016).

Los datos obtenidos de la muestra seleccionada fueron ingresados a una base para su procesamiento y análisis empleando el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 21.0.

3.7.1. Validación del número óptimo de enunciados y ajuste a la estructura hipotética

Como último paso de la fase de desarrollo o diseño de una escala y paso inicial de la fase de evaluación de la misma, es necesario el análisis de factores (Boateng et al., 2018) que permite comprobar la adecuación de los factores al constructo teórico, es decir, reduce un número de variables interrelacionadas a un grupo de variables comunes llamadas factores para, de esta forma, distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems del instrumento (Carvajal et al., 2011).

El método de análisis factorial exploratorio fue utilizado para definir la estructura subyacente en una matriz de datos. En la medida que se confirma la estructura factorial del instrumento, se contribuye a establecer la validez interna y justificar su aplicación a poblaciones específicas.

En ese sentido, se consideraron las cargas cuyos ítems explicaban al menos 15% de la varianza común con el factor. Sin embargo, para realizar este análisis debe existir correlación entre las variables del instrumento y para determinarla se usó el test de Bartlett,

que indica que existe correlación entre las variables cuando existe un nivel de significación menor de 0,05. También se utilizó el índice de Kaiser Meyer Olkim (KMO) que indica el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se consideró factible (Carvajal et al., 2011).

El método de componentes principales con rotación oblicua Oblimín fue usado como método de extracción. Asimismo, antes de este análisis factorial, se verificó si los datos cumplían con el supuesto de correlación entre los ítems usando el índice de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett. Así, se extrajeron tantos factores como autovalores mayores a 1 existían en la solución factorial.

Mediante el coeficiente KMO se compararon los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parcial asumiendo valores entre cero y uno.

La prueba de esfericidad de Barlett se usó para contrastar la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es una matriz identidad. Dicha matriz estaba compuesta por unos en su diagonal y ceros fuera de ella, lo que indicaba ausencia de relaciones entre las variables o ítems. Asimismo, se determinó la comunalidad, es decir, el porcentaje de varianza explicada para cada uno de los ítems por la solución factorial.

El análisis factorial confirmatorio permitió evaluar la dimensionalidad del instrumento, para abordar dudas sobre la estructura latente de los elementos de escala y sus relaciones subyacentes, es decir, para validar si la estructura hipotética planteada se ajusta a los elementos (Boateng et al., 2018).

Para evaluar la bondad de ajuste se utilizaron aparte de la prueba chi cuadrado, se usaron los índices de ajuste absoluto y de

ajuste incremental. La prueba chi cuadrado comparó la matriz de covarianza con el modelo nulo. Entre los índices ajuste absoluto calculados están el RMSEA que -según lo recomendado por Browne y Cudeck- considera un ajuste perfecto a los valores menores a 0,05, valores entre 0,05 y 0,08 son considerados como ajuste adecuado y valores mayores a 0,10 como un mal ajuste; sin embargo, Hu y Bentler sugieren que valores menores a 0,06 indican un buen ajuste. Tanto para el índice CFI como para el TLI, Hu y Bentler sugieren que lo deseable es obtener valores cercanos a 1 o al menos valores superiores a 0,9. Finalmente, para el SRMR se considera como ajuste aceptable valores menores o iguales a 0,08.

3.7.2. Evaluación de la confiabilidad

En esta fase se decidió por la evaluación de la confiabilidad estadística del instrumento a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, debido a que es la más utilizada para evaluar la confiabilidad de los instrumentos y otorga solo un valor de consistencia (Carvajal et al., 2011). Este coeficiente permite determinar la consistencia interna de la escala, es decir, el grado en que el conjunto de elementos de la escala covaría, relativo a su puntuación total (Boateng et al., 2018).

Los valores del alfa de Cronbach oscilan entre 0 y 1; en salud, los valores iguales o superiores a 0,8 se han considerado como buenos y otorgan confiabilidad para el uso del instrumento en la práctica sanitaria (Carvajal et al., 2011).

3.7.3. Evaluación de la validez

Debido a que los datos son secundarios, en esta fase se realizó la validación de constructo que permite determinar la relación entre las medidas o variables existentes y las puntuaciones de la escala desarrolladas recientemente. Para ello se realizó el análisis de la

validez convergente a través de la prueba estadística Rho de Pearson, con el objetivo de determinar en el que las puntuaciones del instrumento estudiado están relacionadas con las medidas de otros constructos que se puede esperar, en términos teóricos, que se acerquen a la obtenida por este instrumento (Boateng et al., 2018).

Ante la limitación de poder incluir otro instrumento para comparar los resultados obtenidos por la escala de Maslach (Raykov y Marcoulides), se usaron las preguntas del ítem 51 de la encuesta: durante las últimas semanas ¿ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas? y durante las últimas semanas ¿se ha sentido desanimado/a, triste, deprimido/a o sin esperanza? (SUSALUD, 2016), como variables proxy para la comparación, debido a que estos estados han sido relacionados como efectos importantes del síndrome evaluado (Parada, 2005; Quiceno y Vinaccia, 2007; Hederich-Martínez y Caballero-Domínguez, 2016).

3.8. Aspectos éticos.

El estudio se realiza haciendo uso de una base de datos disponible en el portal de la Superintendencia Nacional de Salud. Al ser datos secundarios que no consignan la identificación de los encuestados, se protege el anonimato de cada uno de ellos.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

En el presente estudio el coeficiente KMO determinó el supuesto de que existe fuerza de relación entre los ítems ($KMO = 0,943$) que corresponde a la categoría de muy bueno, lo cual indica la existencia de una estructura subyacente de relaciones entre los ítems. Por su parte, la prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ($p < 0,001$) con lo que se puede concluir que la matriz de correlaciones es diferente a una matriz identidad, por lo tanto, existen relaciones adecuadas entre los ítems ($\chi^2 = 19577,237$; $gl = 231$) (Cuadro 1).

Cuadro 1.
Pruebas Kaiser- Meyer- Olkin y Esfericidad de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,943
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	19577,237
	gl	231
	Sig.	0,000

El cuadro 2 presenta los resultados de la comunalidades; aquí observamos que el ítem 8 es el que mayor porcentaje de varianza explicada presenta (0,711) seguido de los ítems 1 y 3 (0,669 y 0,668 respectivamente) mientras que los ítems con menor comunalidad son el ítem 4 (0,260), ítem 21 (0,314) y el ítem 7 (0,385).

Cuadro 2:
Comunalidades

Ítems	Inicial	Extracción
C2P50_1	1,000	0,669
C2P50_2	1,000	0,521
C2P50_3	1,000	0,668
C2P50_4	1,000	0,260
C2P50_5	1,000	0,536
C2P50_6	1,000	0,628
C2P50_7	1,000	0,385
C2P50_8	1,000	0,711
C2P50_9	1,000	0,462
C2P50_10	1,000	0,640
C2P50_11	1,000	0,620
C2P50_12	1,000	0,453
C2P50_13	1,000	0,486
C2P50_14	1,000	0,469
C2P50_15	1,000	0,439
C2P50_16	1,000	0,570
C2P50_17	1,000	0,542
C2P50_18	1,000	0,551
C2P50_19	1,000	0,395
C2P50_20	1,000	0,410
C2P50_21	1,000	0,314
C2P50_22	1,000	0,397

Método de extracción: análisis de componentes principales.

De los resultados obtenidos en el análisis factorial, se extrajeron tres factores con alta concordancia con el modelo teórico que plantea el instrumento. Estos factores explican el 50,58% de la varianza total. La dimensión con mayor carga factorial es la de agotamiento emocional

que explica el 35,893% de la varianza total y en ella se ubicaron los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. El segundo factor explica el 9,373% de la varianza y allí se agruparon los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 pertenecientes a la dimensión baja realización personal en el trabajo; finalmente el factor con menor peso factorial explica el 5,311% de la varianza total y allí se agruparon los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 que miden la dimensión despersonalización (Cuadro 3).

Cuadro 3:
Varianza total explicada por el MBI-HSS
en el análisis factorial exploratorio

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación
							Total
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total
1	7,896	35,893	35,893	7,896	35,893	35,893	6,873
2	2,062	9,373	45,266	9,373	9,373	45,266	4,216
3	1,168	5,311	50,577	5,311	5,311	50,577	3,779

La matriz de patrón informa sobre la contribución de cada enunciado al factor. El enunciado *C2P50_1 “Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo”*, contribuyó en mayor proporción al factor 1 (0,873), mientras que los enunciados *C2P50_17 “Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo”* y *C2P50_15 “Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente”* aportaron en mayor proporción a los factores 2 (0,720) y 3 (0,672), respectivamente. (Cuadro 4).

Cuadro 4:
Matriz de patrón del MBI-HSS

Ítem	Factor		
	1	2	3
C2P50_1	0,873		
C2P50_3	0,824		
C2P50_8	0,817		
C2P50_2	0,717		
C2P50_14	0,688		
C2P50_13	0,603		
C2P50_6	0,600		
C2P50_20	0,536		
C2P50_16	0,472		
C2P50_17		0,720	
C2P50_9		0,711	
C2P50_18		0,707	
C2P50_7		0,644	
C2P50_19		0,523	
C2P50_12		0,516	
C2P50_4		0,494	
C2P50_21		0,269	
C2P50_5			0,555
C2P50_10			0,550
C2P50_11			0,482
C2P50_15			0,672
C2P50_22			0,471

La confiabilidad del instrumento fue evaluada a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach. El valor de este coeficiente para la escala total fue de 0,908 (IC 95%: 0,902 – 0,913), además, si se eliminaran los ítems 6 y 8 se obtendrían coeficientes iguales a 0,899 y 0,898 respectivamente (Cuadro 5).

Cuadro 5:
Estadísticos para la escala total si el elemento se ha suprimido

Ítem	Media de escala	Varianza de escala	Alfa de Cronbach
Total	25,68	378,458	0,908
C2P50_1	23,43	331,735	0,901
C2P50_2	24,65	342,392	0,902
C2P50_3	24,13	334,136	0,900
C2P50_4	25,07	364,805	0,909
C2P50_5	25,10	352,513	0,903
C2P50_6	24,20	334,186	0,899
C2P50_7	25,07	365,641	0,908
C2P50_8	23,86	325,224	0,898
C2P50_9	25,02	363,846	0,908
C2P50_10	24,28	334,397	0,900
C2P50_11	24,39	332,882	0,900
C2P50_12	24,86	353,183	0,904
C2P50_13	24,68	341,593	0,902
C2P50_14	23,43	331,170	0,904
C2P50_15	25,22	363,364	0,909
C2P50_16	24,68	342,342	0,901
C2P50_17	25,07	360,256	0,906
C2P50_18	25,11	360,995	0,906
C2P50_19	24,87	355,551	0,906
C2P50_20	24,49	342,953	0,903
C2P50_21	23,05	338,666	0,910
C2P50_22	24,54	348,030	0,905

Por otra parte, al realizar un análisis por cada una de las dimensiones (Cuadro 6) observamos que la dimensión agotamiento emocional presenta un coeficiente de 0,897; la dimensión despersonalización de 0,769; mientras que la dimensión baja realización personal en el trabajo presenta un coeficiente igual a 0,722.

Cuadro 6:
Análisis de confiabilidad de la escala MBI-HSS según dimensiones

Dimensiones	Ítem	Media de escala	Varianza de escala	Alfa de Cronbach
Agotamiento emocional		13,53	126,046	0,897
	C2P50_1	11,29	96,623	0,882
	C2P50_2	12,50	104,329	0,887
	C2P50_3	11,99	99,027	0,879
	C2P50_6	12,05	100,774	0,882
	C2P50_8	11,72	94,088	0,875
	C2P50_13	12,53	105,063	0,889
	C2P50_14	11,29	97,253	0,893
	C2P50_16	12,54	105,709	0,887
	C2P50_20	12,34	105,051	0,892
Despersonalización		28,172	28,175	0,769
	C2P50_5	4,28	20,947	0,725
	C2P50_10	3,46	15,834	0,659
	C2P50_11	3,57	16,044	0,679
	C2P50_15	4,40	23,046	0,793
	C2P50_22	3,72	19,476	0,749
Baja realización personal		7,29	38,168	0,722
	C2P50_4	6,68	32,312	0,709
	C2P50_7	6,68	32,172	0,698
	C2P50_9	6,63	31,103	0,689
	C2P50_12	6,48	30,051	0,679
	C2P50_17	6,48	30,679	0,676
	C2P50_18	6,72	31,263	0,677
	C2P50_19	6,48	30,064	0,681
	C2P50_21	4,66	25,438	0,759

En el análisis factorial confirmatorio se observó que la prueba chi cuadrado sugiere que se rechace la hipótesis nula ($\chi^2 = 1921,37; p = 0,000$) por lo que se puede concluir que existe un buen ajuste. Para el RMSEA se obtuvo un valor igual a 0,061 lo que indica un ajuste adecuado; además, el TLI como el CFI obtuvieron valores mayores a 0,9 lo que indicaría buen ajuste. Finalmente, el valor que se obtuvo para el SRMR sugiere un buen ajuste (Cuadro 7).

Cuadro 7.

Índices de bondad de ajuste.

Prueba	Valor	sig.
Chi cuadrado	1921,37	0,000
RMSEA	0,061	0,000
CFI	0,912	No Aplica
TLI	0,901	No Aplica
SRMR	0,054	No Aplica

La validez de constructo se evaluó a partir del cálculo del coeficiente de correlación rho de Pearson. El cuadro 8 presenta la matriz de correlaciones calculada en la que se observan correlaciones positivas moderadas pero significativas entre los resultados de la escala y el poco interés o placer en hacer las cosas ($Rho = 0,399; p = 0,000$); así como con la percepción de estar desanimado/a, triste, deprimido/a o sin esperanza ($Rho = 0,322; p = 0,000$) en las últimas semanas.

Cuadro 8:
Matriz de correlaciones entre los resultados de la escala
y variables proxy

	En las últimas semanas	
	¿Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?	¿Se ha sentido desanimado/a, triste, deprimido/a o sin esperanza?
r de Pearson	0,399	0,322
valor de P	0,000	0,000

4.2. Discusión

Los trabajadores de salud son una población con elevado riesgo de experimentar estrés laboral crónico, así como las consecuencias derivadas de este problema, entre ellas el síndrome del trabajador quemado, que pueden afectar su calidad de vida personal y laboral (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). Debido a la importancia de identificar oportunamente a los recursos humanos afectados por este problema, se han propuesto diferentes instrumentos de tamizaje, entre ellos el MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981).

La investigación del síndrome del trabajador quemado ha progresado en las últimas décadas con una gran base de evidencia sustentada en numerosos estudios empíricos sistemáticos y modelos teóricos refinados que tienen como marco común el modelo tridimensional desarrollado por Maslach (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007; Chee, 2016). Sin embargo, es necesaria la verificación empírica de este instrumento en población peruana y, en especial, en profesionales médicos (Merino-Soto y Calderón-De la Cruz, 2018),

debido a que no se han publicado estudios al respecto y existen cuestionamientos –en otras investigaciones- sobre su validez y confiabilidad (Loera et al., 2014; Olivares-Faúndez, 2014).

En ese sentido, el objetivo de este estudio ha sido determinar la validez de constructo y confiabilidad del MBI-HSS para el tamizaje del síndrome del trabajador quemado en una muestra compuesta por médicos que trabajan en los establecimientos de salud públicos y/o privados de los diferentes departamentos del país.

Los resultados del presente estudio confirman la confiabilidad de la versión en español del MBI-HSS cuando se aplica a médicos peruanos, al obtener 0,908 mediante la prueba de Alpha de Cronbach. Este valor es similar al reportado por Matejić B y col. (2015) en anestesiólogos del Reino Unido, por lo que puede ser usado para medir el síndrome del trabajador quemado en los profesionales médicos.

Aunque desde los estudios más antiguos de Richardsen y Schaufeli et al.(2001), Martinussen (2004), así como el de Kim y Ji (2009), hasta el realizado por Lheureux et al. (2017) se propone eliminar algunos de los ítems que no eran adecuados para los factores esperados. En el presente estudio la eliminación de alguno de los ítems no generó cambios sustanciales que permitieran mejorar la confiabilidad de la escala a nivel global.

El análisis por dimensiones demostró confiabilidad solamente para el segmento del agotamiento personal con 0,897 en la prueba de alpha de Cronbach, pero no se obtuvieron similares resultados en las dimensiones despersonalización y baja realización personal en el trabajo, en las que se registraron valores de 0,769 y 0,722, respectivamente, con la misma prueba. Estos resultados son similares a los observados por Kulakova et al. (2017) que confirman la debilidad en las dimensiones de despersonalización y baja realización personal, a diferencia de la dimensión agotamiento emocional que resultó

consistente. Estudios publicados por Chao et al. (2011), así como por Rodríguez y Fernández (2012), también han reportado inconsistencia en los resultados de la dimensión de despersonalización de este instrumento al ser aplicado en población de habla inglesa y española, respectivamente.

Al evaluar la validez del constructo se observaron correlaciones moderadas con las variables proxy planteadas, que permitiría afirmar que la escala evalúa adecuadamente el síndrome del trabajador quemado. Sin embargo, estos resultados no son comparables con otros estudios.

El constructo del MBI-HSS está compuesto por tres dimensiones y cada una de ellas está organizada de forma distinta, con un peso de valor igualitario y con mediciones independientes; sin embargo, la dimensión agotamiento emocional es la que tiene mayor cantidad de ítems, mientras que las otras dos no están claramente organizadas (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007; Halbesleben y Demerouti, 2005; Kristensen, et al., 2005). En consecuencia, el reducido número de ítems referidos a los síntomas cognitivo-conductuales, la falta de precisión y/o calidad descriptiva de los síntomas propuestos en cada ítem de las dimensiones que valoran estas dos dimensiones y la incompatibilidad del contenido propuesto con el significado psicológico o la expresión cultural de este síndrome en cada grupo poblacional, limitarían la certeza de los resultados (Kulakova et al., 2017).

Entre las limitaciones del presente estudio, podemos señalar que al ser un análisis secundario no existe claridad en la forma como fueron recogidos los datos, lo que podría generar el sesgo de la varianza común. Asimismo, la gran variabilidad de las características de los profesionales médicos, podría estar influyendo en los resultados individualizados por cada dimensión, por lo que se requieren estudios

por especialidades y otras situaciones específicas que permitan replicar los resultados obtenidos.

Los resultados de esta investigación demuestran que la validez de constructo y confiabilidad de este instrumento brinda sustento para su uso en médicos peruanos, con el objetivo de identificar a los aquellos en riesgo de sufrir este problema y realizar intervenciones costo-efectivas con impacto en la disminución de errores médicos y la mayor satisfacción del paciente; por consiguiente, menor incidencia de negligencia médica y litigios por esta causa (Chee, 2016).

CONCLUSIONES

- El análisis de la muestra de médicos peruanos demuestra que la estructura factorial del MBI-HSS sigue el modelo original de Maslach.
- Los resultados de este estudio sugieren que es más adecuado estimar el síndrome mediante el MBI-HSS en forma global y no en forma independiente por cada dimensión.
- Los resultados indican que la validación del MBI-HSS en médicos peruanos demuestra propiedades psicométricas satisfactorias y es una medida válida y confiable para ser utilizada en estudios posteriores.
- El MBI-HSS es un instrumento de evaluación psicométrica que facilita los esfuerzos para abordar una evaluación más adecuada del agotamiento y puede ayudar -a los decisores de políticas relacionadas con los recursos humanos- a evaluar y diseñar intervenciones para reducir el agotamiento en las instituciones de salud.

RECOMENDACIONES

- Determinar puntos de corte aplicables a la población peruana que permitan reconocer los factores de riesgo asociados a este síndrome para enfatizar las medidas de prevención en el personal médico más vulnerable.
- Ampliar la investigación de este síndrome con metodologías cualitativas para profundizar en la caracterización de los profesionales afectados por este síndrome.
- Realizar investigaciones para desarrollar estrategias que puedan disminuir el síndrome del trabajador quemado en médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, A. y Gutiérrez, R. (2007) El fenómeno de Burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú. Perú: Rev. Psicol. Herediana.
- Apiquian, A. (2007) El síndrome del burnout en las empresas. México: Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac
- Aranda, C. (2006) Diferencias por sexo, Síndrome del trabajador quemado y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Costa Rica: Revista Costarricense de Salud Pública.
- Aranda, C., Pando, M. y Salazar, J. (2016) Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. Colombia: Revista Salud Uninorte.
- Barraza, A. (2011) Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil. México: Revista Intercontinental de Psicología y Educación.
- Barraza, A., Carrasco, R. y Arreola, M. (2008) Burnout Estudiantil. Un estudio exploratorio. (1ra. Ed.). México: Universidad Pedagógica de Durango. 2008. p. 68-84.
- Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quinonez, H.R. y Young, S.L. (2018) Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. Front. Public Health 6:149
- Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J., Villadsen, E., Mikkelsen, O. y Kristensen, T. (2006) Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study Scand. Estados Unidos: J Public Health.

- Castañeda, A. y García, G. (2010) Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Colombia: Rev. Colomb. Psiquiatr.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M. y Sanz A. (2011) ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? España: Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
- Chao, S. F., McCallion P. y Nickle T. (2011) Factorial validity and consistency of the Maslach Burnout Inventory among staff working with persons with intellectual disability and dementia. Reino Unido: Journal of Intellectual Disability Research.
- Chee, L. (2016) Burnout in primary care physicians and interventions — an evidence-based review. Singapur: The Singapore Family Physician Care Techniques.
- Comisión Ejecutiva Confederal de Unión General de Trabajadores. (2006) Guía sobre el síndrome de quemado (Burnout). (1ra. Ed). Madrid: Ed. UGT
- Corredor, P. y Monroy, F. (2009) Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. Colombia: Revista Hacia la Promoción de la Salud.
- Deng, Y., Liu, J., Zhang, J., Huang, B., Yi, T., Wang, Y., et al. (2017) A multicenter study on the validation of the Burnout Battery: a new visual analog scale to screen job burnout in oncology professionals. Londres: Psycho-oncology.
- Dickinson, B., Gonzáles, S., Fernández, O., Palomeque, R., González, Q. y Hernández, V. (2007) Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. México: Archivos en Medicina Familiar.
- Drummond, D. (2015) Physician burnout: its origin, symptoms, and five main causes. USA: Family Practice Management.
- Escribà, V., Martín, D. y Pérez, S. (2008) Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Alemania: Int Arch Occup Environ Health.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L. y Pérez-Hoyos, S. (2008) Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral sobre el síndrome del trabajador quemado en médicos especialistas. España: Gaceta Sanitaria.
- Esteva, M., Larraz, C. y Jiménez, F. (2006) La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. España: Revista Clínica Española.

- Gil-Monte, P. (2005) El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. (1ra Ed.). España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., y Moreno-Jiménez, B. (Eds.). (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide
- Gil-Monte, P.R., Viotti, S. y Converso, D. (2017) Propiedades psicométricas del «Cuestionario para el Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. Perú: Liberabit,
- Gomero, R., Palomino, J., Ruiz, F. y Llap, C. (2005) El Síndrome del trabajador quemado en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation: Estudio piloto. Perú: Revista Médica Herediana.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005) Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. España: Gaceta Sanitaria.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font, S., Prats, M. y Braga, F. (2008) El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. España: Revista Información psicológica.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome del trabajador quemado en personal sanitario hispanoamericano y español. España: Revista Española de Salud Pública.
- Gutiérrez, O. (2006) Prevalencia del síndrome del trabajador quemado y factores laborales asociados en el personal de enfermería del Servicio de emergencia del Hospital Militar Central. Lima: Hospital Militar Central
- Guzmán, L. y Guzmán, M. (2010) Factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Militar Central. Perú: Revista científica de la Universidad peruana de integración global.
- Hederich-Martínez, C. y Caballero-Domínguez, C. (2016) Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano. Colombia: Revista CES Psicología.
- Hernández, C., Dickinson, M. y Fernández, M. (2008) El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. México: Revista de Facultad de Medicina.

- Halbesleben, J. R. B. y Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*.
- Illera, D. (2006) Síndrome del trabajador quemado, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. Colombia: Revista de la Facultad Ciencias de la Salud.
- INEI. (2015) Perú - Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal de Salud 2015. Perú: Sistema de documentación virtual e investigaciones estadísticas.
- Jones, J. (1980) The staff burnout scale for health professionals (SBS-HP). (1ra. Ed.). Estados Unidos: London House.
- Kemper, K., Wilson, P. Schwartz, A., Mahan, J., Batra, M. y Staples, B, et al. (2019) Burnout in Pediatric Residents: Comparing Brief Screening Questions to the Maslach Burnout Inventory. Estados Unidos: Academic Pediatrics.
- Kim, H. y Ji, J. (2009) Factor structure and longitudinal invariance of the Maslach Burnout Inventory. Estados Unidos: Research on Social Work Practice
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*.
- Kulakova, O., Moreno, B., Garrosa, E., Sánchez, M. y Aragón, A. (2017) Universality of the construct Maslach Burnout Inventory in a Latin American context. México: Acta de investigación psicol.
- Lheureux, F., Truchot, D., Borteyrou, X. y Rascle, N. (2017) The Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. Francia: Le travail humain.
- Loera, B., Converso, D. y Viotti S. (2014) Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Suvery (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a researcher consider? Estados Unidos: PLoS One.
- Manzanares, E., Merino, C. y Fernández, M. (2016) Estructura interna del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de sacerdotes y religiosas católicas peruanos. Chile: Salud & Sociedad.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981) Maslach Burnout In-ventory.(1ra. Ed.). Estados Unidos: Palo Alto

- Matejić, B., Milenović, M., Tepavčević, D., Simić, D., Pekmezović, T. y Worley J. (2015) Psychometric properties of the Serbian version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey: a validation study among anesthesiologists from Belgrade teaching hospitals. Reino Unido: Scientific World Journal.
- Matía, C., Cordero, G., Mediavilla, B. y Pereda, R. (2006) Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. España: Atención Primaria.
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A. y Mayta-Tristán, P. (2016) Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
- Merino-Soto, C. y Calderón-De la Cruz, G. (2018) Validez de estudios peruanos sobre estrés y burnout. Perú: Rev Peru Med Exp Salud Publica.
- Moriana, E., Juan, A. y Herruzco, J. (2007) El síndrome del trabajador quemado como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. España: Clínica y Salud.
- Olivares-Faúndez, V.E., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilke, C. y Macía-Sepúlveda, F. (2014) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Service (MBI-HSS) en profesionales chilenos. Colombia: Univ Psychol
- Pando, M., Aranda, C. y López, M. (2015) Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos. Chile: Ciencia & Trabajo.
- Parada, M., Moreno, B., Mejías, M., Rivas, F., Rivas, F. y Cerrada J et al. (2005) Satisfacción laboral y síndrome del trabajador quemado en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. Colombia: Rev. Fac. Nac. Salud Pública
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2007) Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Colombia: Acta Colombiana de Psicología.
- Raykov, T. y Marcoulides, G.A. (2011) Introduction to Psychometric Theory. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group
- Richardsen, A.M. y Martinussen, M. (2004) The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. Estados Unidos: Journal of Occupational and Organizational Psychology

- Rodríguez, J.M. y Fernández M.J. (2012) Development and validation of a measuring instrument for burnout syndrome in teachers. España: The Spanish Journal of Psychology.
- Rotenstein, L., Torre, M., Ramos, M., Rosales, R., Guille, C., Sen, S. y Mata, D. (2018) Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. Estados Unidos: JAMA.
- Sandoval, C., Gonzáles, P., Sanhueza, I., Borjas, R. y Odgers, C. (2006) Síndrome del trabajador quemado en el personal profesional del Hospital de Yumbel. Chile: Cuadernos Médicos Sociales.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C. y Kladler, A. (2001) On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. Estados Unidos: Psychology & health.
- SUSALUD. (2016) Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud (ENSUSALUD 2016). Perú: Superintendencia Nacional de Salud.
- Tello, M. (2018) , 2018. Lima: Universidad César Vallejo.
- Vásquez-Manrique, J.F., Maruy-Saito A. y Verne-Martin E. (2014) Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año. Perú: Revista de Neuropsiquiatría.
- Williamson, K., Lank, P., Cheema, N., Hartman, N. y Lovell, O. (2018) Emergency Medicine Education Research Alliance. Comparing the Maslach Burnout Inventory to other well-being instruments in emergency medicine residents. Polonia: Journal of Graduate Medical Education.

ANEXO 1

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

Situaciones	Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5	6	7
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5	6	7
4. BRP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	1	2	3	4	5	6	7
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	1	2	3	4	5	6	7
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	1	2	3	4	5	6	7
7. BRP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	1	2	3	4	5	6	7
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	1	2	3	4	5	6	7
9. BRP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.	1	2	3	4	5	6	7
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5	6	7
12. BRP Me siento muy enérgico en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	1	2	3	4	5	6	7
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	1	2	3	4	5	6	7
17. BRP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
18. BRP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	1	2	3	4	5	6	7
19. BRP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	1	2	3	4	5	6	7
21. BRP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	1	2	3	4	5	6	7
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5	6	7

- Agotamiento emocional (AE): ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
- Despersonalización (D): ítems 5, 10, 11, 15 y 22
- Baja realización personal (BRP): ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21